

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 889.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS

DE LA GLANDE LACRYMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri TONDEUR

Né à Dôle (Jura), le 15 mai 1864.

ANCIEN VÉTÉRINAIRE MILITAIRE.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 889.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS

DE LA GLANDE LACRYMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri TONDEUR

Né à Dôle (Jura), le 15 mai 1864.

ANCIEN VÉTÉRINAIRE MILITAIRE.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (A.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (A.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT } chargés des fonct ^{ns}
DIDELOT.	RODET.	BARRAL } d'agrégés.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. AUGAGNEUR et GANGOLPHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A M. le docteur A. DIDOT

Médecin-Inspecteur-général de l'armée, en retraite,
Ancien Président du Comité technique de santé,
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

A M. le docteur ARLOING

Directeur de l'Ecole vétérinaire,
Professeur de Médecine expérimentale et comparée
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES

de l'Ecole vétérinaire de Lyon et de la Faculté de Médecine de Lyon.

A M. le docteur GAYET

Professeur de Clinique ophtalmologique,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. le docteur A. MALHERBE

Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine de Nantes.

A M. le docteur DIANOUX

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Ecole de Médecine de Nantes.

INTRODUCTION

Les tumeurs de la glande lacrymale sont mal connues; elles sont rares, et semblent avoir peu attiré l'attention. Jusqu'au commencement du siècle leur étude était restée presque complètement délaissée, et l'on conçoit que les observations qui remontent à une époque où l'histologie des tumeurs était à peine née n'offrent aujourd'hui qu'un médiocre intérêt.

Dans l'article Pathologie de la glande lacrymale du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Polaillon donne la statistique des tumeurs de la glande lacrymale connues à son époque; il distingue, dans les 18 observations qu'il a analysées, 15 adénomes, 2 enchondromes, 1 cancer, et conclut: « l'hypertrophie et l'hyperplasie des culs-de-sac glandulaires forment les tumeurs les plus nombreuses de la glande lacrymale. L'hypertrophie de la trame fibreuse peut se combiner avec l'hypertrophie glandulaire ou exister seule et donner lieu à des fibromes. Le développement du tissu cartilagineux est rare dans la glande lacrymale. Quant au véritable cancer de cette glande, nous n'avons pas de détails sur les éléments anatomiques qui le formaient ».

Sautereau (1) reconnaît dans les divers néoplasmes qui ont pour siège la glande lacrymale : 1° des kystes, soit dans la portion palpébrale, soit dans la portion orbitaire de la glande; 2° le chloroma (variété de sarcome imprégné de matières colorantes du sang); 3° les adénomes; 4° certaines tumeurs non encore décrites (un « myxome » de la clinique du professeur Richet et la tumeur qualifiée de colloïde empruntée à une relation d'Otto Becker); 5° le squirrhe et l'encéphaloïde.

Péan (2) étudie dans les tumeurs solides de la glande lacrymale des adénomes (adénomes proprement dits et fibro-adénomes), des chondromes, des tumeurs fibroplastiques (chloroma) et des tumeurs cancéreuses développées primitivement dans la glande ou l'ayant atteinte par propagation.

Panas (3) divise simplement les tumeurs solides de la glande lacrymale en tumeurs bénignes (adénome, fibrome, myxome, hypertrophie) et tumeurs malignes.

Salles (4) propose une classification des tumeurs de la glande lacrymale en six groupes : 1° adénomes, 2° sarcomes, 3° myxomes, 4° fibromes, 5° carcinomes, 6° enchondromes.

De Wecker et Landolt (5), tout en doutant que des

(1) Etude sur les tumeurs de la glande lacrymale. Thèse de Paris, 1870.

(2) Path. chirurg. de Nélaton, t. iv, 1876.

(3) Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal, 1877.

(4) Etude sur les tumeurs de la glande lacrymale. Thèse de Montpellier, 1880.

(5) Traité d'ophtalmologie, 1889.

tumeurs se développent primitivement dans le tissu glandulaire même, énumèrent les fibromes, les tumeurs fibro-plastiques, les cylindromes et les tumeurs cancéreuses.

Delens (1) admet dans la glande lacrymale l'hypertrophie simple, l'adénome, le fibro-adénome, l'enchondrome, l'adéno-myxome, l'adéno-sarcome, et estime que « la majorité des tumeurs bénignes rentre dans la classe des adénomes ». Le même auteur rappelle les observations de Mackenzie, Knapp, Otto-Becker relatives à des tumeurs de nature cancéreuse, les trois chloromas de Mackenzie, Allan Burns et Balfour et l'observation rapportée par Pamard d'un cancer mélanique.

La plupart des traités spéciaux ne consacrent que de courtes pages au chapitre des tumeurs de la glande lacrymale.

— De parti pris nous ne compliquerons pas cette revue bibliographique, l'exposé qui précède donnant une idée de l'état de la question et laissant voir combien l'anatomie pathologique des tumeurs de la glande lacrymale est imparfaitement acquise.

— Nous avons eu l'heureuse fortune de suivre, à l'Ecole de Nantes, les cliniques de M. le professeur Dianoux, qui nous a permis d'utiliser pour notre Thèse trois observations recueillies dans son service et nous a suggéré des aperçus originaux sur l'étude clinique des tumeurs de la glande lacrymale, et nous avons eu l'honneur d'écrire l'histoire anatomo-pathologique de

(1) In Traité de chirurgie Duplay-Reclus, 1891.

deux de ces tumeurs sous l'inspiration et le contrôle de M. le professeur Alb. Malherbe, dont l'autorité confère à notre travail un caractère tout particulier d'authenticité. Nous tenons à remercier affectueusement ces excellents maîtres, qui ont dépensé pour nous sans compter leur bienveillance et leur précieux enseignement.

Qu'il nous soit également permis d'adresser ici le témoignage de notre reconnaissance à M. le professeur Gayet qui, dès le début de nos études, nous a appris à aimer la science ophtalmologique et qui, en acceptant la présidence de notre Thèse, nous a fait un inestimable honneur.

— Nous nous proposons de terminer ce travail par un parallèle sommaire entre les néoplasmes des glandes salivaires et ceux des glandes lacrymales, corollaire des récents travaux de l'Ecole de Nantes sur les tumeurs mixtes. Notre mémoire se divisera ainsi en quatre parties :

1° Relation de deux observations de tumeurs de la glande lacrymale, et d'un cas de tuberculose de cette glande ;

2° Considérations cliniques sur les tumeurs des glandes lacrymales ;

3° Etude anatomo-pathologique de nos deux tumeurs ;

4° Parallèle entre les tumeurs des glandes lacrymales et celles des glandes salivaires.

PREMIÈRE PARTIE

Observations cliniques.

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} B..., 36 ans, de bonne santé générale bien que de complexion assez délicate, a toujours souffert de névralgies. A contracté la syphilis à l'âge de 22 ans. Se rappelle avoir reçu sur la tempe droite, il y a plusieurs années, un violent coup de planche à repasser.

Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis 7 ans l'œil droit est plus saillant : le déplacement s'est manifesté lentement, n'occasionnant d'abord qu'une gêne peu marquée, sans douleurs ni élancements, et sans entraîner de diplopie ; la saillie anormale du globe oculaire est très appréciable déjà sur une photographie datant de 18 mois.

La malade accuse seulement de la xérophtalmie du côté droit, et avait observé que même lorsqu'elle pleurait, l'œil droit restait sec.

En mars 1892 toute la fossette lacrymale jusqu'en deçà du trou sus-orbitaire est occupée par une grosseur dure, dont le bord mousse dépasse le rebord de l'orbite « rappelant, dit M. Dianoux, la sensation que donne le foie palpé sous les fausses côtes ».

Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'exorbitisme est très notable ; l'axe de l'œil est abaissé de 6 millimètres au-dessous du méridien normal, et porté en dehors ; les mouvements du globe sont à peu près perdus.

Vision intacte, conjonctives saines ; examen ophtalmoscopique négatif.

Un traitement antisyphilitique (injections hypodermiques de bichlorure de mercure et de peptonate de mercure, sirop de Gibert, frictions iodurées) avait donné pendant un mois un semblant d'amélioration.

Une première opération est faite par MM. Dianoux et de Larabrie le 26 mars.

L'incision est pratiquée sur le sourcil, de la poulie du grand oblique à l'angle externe, entamant les tissus jusqu'au périoste. Le lambeau rabattu, la tumeur est aisément disséquée, d'abord en avant ; elle présente de lâches adhérences du côté du globe, et en dedans elle pousse un prolongement qu'il est facile de détacher en s'aidant d'une gouge mousse.

La tumeur a la forme d'une glande lacrymale hypertrophiée ; elle porte au niveau de la fossette lacrymale une sorte de pédicule et la paroi correspondante du frontal est creusée en ce point d'une perte de substance (à grand diamètre transversal) longue d'environ 1 centim. sur 6 millim. de largeur, dont le fond est occupé par une membrane fibreuse, la dure-mère épaissie, qui cède sous le doigt (1).

Les suites opératoires sont très simples, la cicatrisation se fait par première intention ; pas de ptosis.

Le 11 juillet la sensibilité est revenue sur le front, une simple sensation de fourmillement persiste au niveau de la suture fronto-pariétale ; l'œil a repris sa situation normale et ses mouvements, il peut fixer dans la vision binoculaire mais se met en strabisme externe au repos.

— Quelques mois après des noyaux durs soulèvent l'angle

(1) Il importe de faire observer que la perforation du frontal n'est ici que le résultat d'une usure simple, d'une résorption par compression comparable au phénomène déterminé par le voisinage d'un anévrysme par exemple, et non l'extension de la lésion néoplasique au tissu osseux.

interne de la région de la glande lacrymale et augmentent rapidement de volume. L'exorbitisme reparait et s'accroît considérablement ; le pli de la paupière supérieure est effacé, l'œil se porte en bas et en dehors, la malade souffre. Il s'agit d'une récurrence, et une deuxième opération est pratiquée par M. Dianoux, à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 31 décembre, sans incident à noter, l'incision étant faite sur la cicatrice du sourcil.

La lésion semble moins étendue que lors de la première atteinte ; la tumeur paraît comme enveloppée dans une loge fibreuse. A l'exploration de la fossette lacrymale on trouve un plancher fibreux comblant le pertuis du frontal.

— Huit jours après la malade quittait l'hôpital, mais la paupière supérieure restait abaissée, bien que le releveur n'eût pas été intéressé dans l'opération.

— Le 8 septembre 1893 nous trouvons la malade avec une exorbitis énorme : les mouvements du globe sont altérés, le droit supérieur a complètement perdu sa fonction, l'axe de l'œil reste immobilisé en dehors ; on perçoit un bourrelet de consistance cartilagineuse sous l'arcade orbitaire. La vision de l'œil droit est très compromise et cependant la malade, qui souffre beaucoup, n'accepte pas une troisième opération.

M^{me} B... revient toutefois le 30 octobre réclamer de nouveaux soins. A ce moment l'orbite est remplie par le néoplasme, qui refoule fortement l'œil en bas et en dedans. Pas d'adénite, pas de céphalalgie, aucun trouble cérébral. La santé générale est bonne, la malade a pris de l'embonpoint.

La vue est à peu près perdue du côté correspondant à la tumeur ; à l'ophtalmoscope on voit un œdème considérable de la papille, sans hémorragie ni plaque exsudative.

M. Dianoux procède le 31 à l'exentération de l'orbite, en faisant l'incision dans l'ancienne cicatrice. Après avoir énucléé l'œil et constaté, ce faisant, que le nerf optique et sa gaine sont restés indépendants de la tumeur, celle-ci est enlevée à l'aide de la gouge et de la spatule.

L'orbite débarrassée, il est facile de constater sur ses parois

osseuses trois perforations : la plus large, située en haut et en dedans, laisse passer la pulpe de l'index qui peut sentir les battements du cerveau ; plus en dehors en existe une deuxième moins large mais pénétrant également jusqu'à la dure-mère ; la troisième conduit dans le méat supérieur et les cellules ethmoïdales. Le fond de la fossette lacrymale est resté bouché par un plan fibreux très résistant.

Ces perforations apportèrent naturellement à l'opérateur une grande gêne pour la rugination des os qui resta incomplète.

La guérison a été rapide et tout à fait indolore ; jusqu'au 6 décembre aucune apparence de récidence.

L'examen microscopique, fait au Laboratoire-d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon, n'a montré dans le nerf optique et sa gaine que quelques lésions de périartérite et d'inflammation chronique sans caractères spécifiques.

2^e OBSERVATION. — Marie B..., 20 ans, à Vertou près Nantes. Forte constitution ; pas d'antécédents personnels ni héréditaires ; pas de traumatisme, pas d'affection de la conjonctive.

Depuis juin 1888 la malade ressent de vives douleurs dans la tête, et quand elle tourne celle-ci, éprouve des étourdissements et « manque de tomber ».

La douleur se déplace de la région médiane du crâne pour gagner la région fronto-temporale gauche, où elle se localise. Les crises douloureuses ne durent pas plus d'un quart d'heure, mais se répètent fréquemment ; elles sont séparées cependant par des intervalles qui atteignent parfois 15 jours.

— Depuis environ 18 mois la malade constate une saillie siégeant sous l'arcade sourcilière gauche, de l'apophyse orbitaire externe au voisinage du trou sus-orbitaire.

La marche progressive de la tumeur s'accuse jusqu'au jour de l'opération, 23 novembre 1891.

A cette date l'exorbitis est très prononcée, l'œil est dévié en

bas et en dehors, néanmoins la malade n'éprouve pas de diplopie ; la douleur est continue.

L'opération se passe très simplement : l'incision est conduite parallèlement au sourcil, un peu au-dessous du rebord orbitaire afin d'éviter les filets de la branche ophtalmique.

La tumeur est circonscrite dans une loge fibreuse, l'on procède à une véritable énucléation.

La glande seule est malade ; on dirait d'une glande lacrymale hypertrophiée dans tous les sens ; elle a pris le volume d'une noix, elle est d'aspect homogène, à tissu mou, friable, grisâtre, demi-transparent sur la coupe.

La malade est promptement rétablie.

Nous l'avons revue le 26 août 1893 ; elle est très satisfaite, n'a que de légères douleurs de cicatrice ; pas de ptosis.

3^e OBSERVATION. — Philomène G..., 50 ans.

Malgré son âge peu avancé cette femme est depuis un certain temps déjà dans un asile de vieillards ; elle ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, sa parole est embarrassée, et la moitié gauche du visage est paralysée.

Aucune lumière sur le passé de cette malade ; rien touchant ses parents morts elle ne sait de quelle affection, rien sur ses collatéraux.

Philomène G... se présente à la consultation du 10 mars 1893 dans l'état suivant : la paupière supérieure gauche est tuméfiée et paralysée, le globe oculaire correspondant est abaissé de telle sorte qu'un plan horizontal passant par le centre de la pupille droite laisserait au-dessous de lui, à un millimètre au moins, le centre de l'orifice pupillaire gauche. Pas d'exophtalmie, pas de diplopie ; l'action des muscles moteurs de l'œil est intacte ; le territoire du sus-orbitaire est privé de sensibilité.

Si l'on s'en rapporte à la malade ces symptômes ont éclaté brusquement et remontent à un mois environ : pendant qu'elle était appliquée à coudre elle aurait senti sa paupière supérieure s'alourdir, mais elle n'a pas souffert.

L'exploration du bord orbitaire supérieur gauche révèle un épaississement irrégulier de cette région ; la lésion paraît offrir son maximum de développement au niveau du milieu de l'espace qui sépare les apophyses orbitaires interne et externe du frontal : en ce point on reconnaît la présence d'une masse conique de 1 cent. 5 environ de hauteur sur 1 cent. de base, à sommet regardant la fente palpébrale, la base semblant adhérer à l'os.

Sur tout le trajet de la tumeur la pression même modérée détermine de la douleur, mais celle-ci atteint vers la saillie médiane une intensité telle qu'elle arrache à la malade des plaintes violentes.

On songea à une tumeur de la glande lacrymale et l'opération eut lieu le 22 mars, avec incision parallèle au rebord orbitaire, en suivant les règles habituelles : on découvrit une masse dure, jaunâtre, tapissant la plus grande partie de la paroi supérieure de l'orbite, englobant la glande lacrymale, extraite avec elle, rappelant l'apparence extérieure d'une crête de poule qui se serait moulée sur l'œil, et dont l'épaisseur ne dépassait guère 0,003, à l'exception de la saillie conique.

Suture au crin de Florence et pansement aseptique ; huit jours après les fils sont retirés. Le globe reste à demi ankylosé dans la capsule de Ténon ; un peu de strabisme interne ; pas de récive jusqu'en décembre 1893.

L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse intéressant la glande lacrymale.

Nous avons tenu à enregistrer cette dernière observation en raison de la rareté des localisations tuberculeuses dans la région de l'orbite, et de l'analogie entre les symptômes et ceux d'une tumeur rendant évidemment un diagnostic différentiel, avant l'opération, tout à fait incertain. Il serait intéressant de rechercher si

les canaux lacrymaux sont bien, dans ces cas, la porte d'entrée des germes pathogènes.

M. Dianoux avait eu déjà l'occasion d'opérer d'une lésion identique à deux reprises (ablation, puis exentération de l'orbite) une femme dont la guérison se maintient depuis huit ans. L'opération fut complétée par une application de pâte de Canquoin qui produisit en six heures une exfoliation des parois osseuses.

DEUXIÈME PARTIE.

Considérations cliniques.

Nous n'avons pas entrepris d'écrire une monographie complète des tumeurs de la glande lacrymale, aussi nous bornerons-nous à mettre en lumière, à propos des observations qui précèdent, de courtes considérations relatives à la pathogénie, aux symptômes et au traitement de ces lésions.

De Wecker et Landolt (Traité d'ophtalm.) pensent que « pour la plupart des cas décrits comme tumeurs de la glande lacrymale, il reste à savoir, en réalité, si le tissu glandulaire propre a pris quelque part à l'évolution de la tumeur même et si ce n'est pas, dans un très grand nombre de cas, le tissu connectif ambiant qui est le point de départ de ces tumeurs, relativement encore trop rares pour qu'on puisse avec toute certitude affirmer qu'il existe tel ou tel genre de tumeurs naissant de la trame glanduleuse même. » Nous ferons observer à ce sujet la rareté des tumeurs primitivement développées dans un tissu cellulo-grasieux comme celui qui remplit la cavité orbitaire, et nous nous demanderons si, en raison des traumatismes dont la glande lacrymale peut être l'objet, et surtout (ceci conformé-

ment aux données qui vont produire une révolution dans la pathologie des tumeurs) en raison de ses rapports avec l'extérieur par les voies d'excrétion qui ouvrent un chemin facile aux germes pathogènes, le tissu glandulaire lui-même ne constitue pas un terrain parfaitement préparé pour l'ensemencement des néoplasmes, à la façon des glandes salivaires et mammaires. Des irritations préalables des canaux excréteurs favorisent sans doute les effractions par les germes ; des altérations fonctionnelles, des inflammations plus ou moins obscures rendent vraisemblablement plus accessible à l'infection un tissu qui se prête si volontiers à l'évolution des dégénérescences néoplasiques, mais sans s'attarder à discuter les circonstances étiologiques banales qui peuvent agir comme causes prédisposantes ou occasionnelles, il est permis de soupçonner la cause vraie du néoplasme.

Il est aujourd'hui certain que c'est un parasite qui détermine l'actinomycoïse, certains papillomes, le fungus de castration et peut-être le mélanose ; cette nature parasitaire, l'inoculation dont on a des exemples tend à l'établir expérimentalement pour quelques néoplasmes au moins ; nous ne voulons citer que le cas d'une certaine poule élevée à l'Ecole de Nantes, qui vit se développer au voisinage de son bec une tumeur épithéliale pour avoir l'habitude de chercher sa vie au milieu des débris anatomo-pathologiques qu'on lui abandonnait.

Il nous semble, en résumé, plus conforme à la vérité d'admettre qu'en général les tumeurs de la glande lacrymale se développent primitivement dans le tissu

glandulaire et de là se propagent quelquefois aux tissus voisins, mais on conçoit qu'après un temps plus ou moins long il devienne difficile de distinguer, au milieu de la masse néoplasique qui a envahi la cavité orbitaire, quel a été le point de départ de la dégénérescence.

— Au point de vue des symptômes, nous devons revenir sur le strabisme inféro-externe présenté par nos malades. La déviation de l'œil en dehors dans le cas de tumeur de la glande lacrymale a été rarement signalée ; on la trouve cependant notée dans quelques observations, et Delens (Traité de chirurgie, Duplay-Reclus) indique que « lorsque la tumeur a pris naissance aux dépens de la portion orbitaire elle détermine habituellement de l'exophtalmie avec strabisme inféro-externe ».

Nous ne discuterons point cette question assez complexe du strabisme avec ses deux éléments distincts, déplacement en totalité de l'œil, qui change la direction de l'axe antéro-postérieur, et mouvement de rotation du globe autour de son centre optique. Si le néoplasme pousse un prolongement volumineux vers les parois internes de l'orbite, le strabisme externe se conçoit tout naturellement ; dans le cas où la tumeur reste localisée à la région de la fossette lacrymale M. le professeur Gayet pense que le mécanisme du strabisme externe peut s'expliquer par le refoulement du muscle droit externe qui s'infléchit sur la masse de nouvelle formation. La direction de la force représentée par la contraction musculaire est ainsi modifiée, et en outre, le plus long trajet que le muscle est

obligé de suivre entre ses deux points d'insertion équivalant à un raccourcissement de cet organe.

Quant à l'abaissement du bulbe en totalité, il a pour cause l'envahissement de la voûte orbitaire et la pression sur les parties sous-jacentes par la prolifération néoplasique

— Nous ne décrivons point les divers procédés opératoires proposés pour l'ablation des glandes lacrymales, ils sont classiques, mais il nous paraît intéressant d'insister sur la nécessité d'une intervention précoce dans le cas de tumeur.

En présence d'un malade suspect d'infection syphilitique, le traitement spécifique sera toujours essayé préalablement, et encore ne faudra-t-il pas se laisser longtemps leurrer par une apparence d'amélioration qui ne tiendrait qu'à un certain degré de résorption sous l'influence des iodures ; mais en l'absence d'antécédents de cette nature il serait imprudent de temporiser.

L'étude anatomo-pathologique nous montrera comment une tumeur d'abord bénigne peut se transformer en une dégénérescence maligne, la crainte de cette évolution doit dominer toute hésitation. L'intervention hâtive offre au surplus l'avantage de simplifier le manuel opératoire : la tumeur, au début, peut être atteinte par la voie conjonctivale, et en même temps que l'on évitera ainsi une cicatrice glabre au niveau du sourcil, que l'on créera une plaie déclive exposant moins à la rétention des produits morbides, on assurera la conservation des nerfs de la branche

ophtalmique et l'on sauvegardera sûrement le releveur de la paupière.

Intervenir de bonne heure, c'est encore prévenir les complications d'un voisinage aussi périlleux, les pressions sur le bulbe et sur les nerfs de l'orbite, l'usure osseuse, l'inflammation consécutive des méninges, la propagation aux organes limitrophes, c'est aussi faire bénéficier le malade des chances d'une ablation plus complète, le curetage de la loge glandulaire devenant dangereux quand les parois osseuses de l'orbite ont été amincies par une longue compression, l'opération se bornant au contraire à une énucléation pure et simple si la tumeur, jeune, est moins volumineuse et libre d'adhérences.

Il est enfin une dernière considération qui commande l'opération d'urgence : si la tumeur a persisté un certain temps, le tissu cellulo-graisseux de l'orbite s'est atrophié et ne se régénère pas, après l'opération tardive le globe oculaire restera enfoncé dans sa loge devenue trop spacieuse ; bien plus, la réaction inflammatoire soutenue ayant établi des adhérences anormales à la capsule de Ténon, l'œil va perdre de l'amplitude de ses mouvements, pourra même rester ankylosé et réfracté dans l'orbite, accident fort disgracieux et sérieux au point de vue de la fonction définitivement troublée.

Il importe donc d'agir vite, et l'on devra hésiter d'autant moins que l'extirpation de la glande lacrymale est réputée aujourd'hui une opération simple et d'une telle innocuité qu'on a pu la prescrire contre les larmolements incoercibles (notamment dans les oph-

taimies granuleuses avec sténose des voies lacrymales), infirmité seulement gênante et nullement dangereuse.

La tumeur a-t-elle acquis un certain volume, il devient nécessaire d'en faire l'ablation par la voie cutanée. M. Dianoux appelle l'attention sur quelques points du détail opératoire qui ont leur intérêt :

1° L'incision doit être conduite à environ 2 millimètres au-dessous du rebord orbitaire, afin de respecter les branches nerveuses qui se réfléchissent sur l'angle du frontal.

2° L'incision faite, l'extirpation de la tumeur doit être pratiquée autant que possible à l'aide d'instruments mousses, qui exposeront moins à la blessure des filets nerveux et des vaisseaux et à l'ouverture de la loge fibreuse dans laquelle la tumeur est comme enkystée.

3° Il est nécessaire d'enlever la totalité des tissus dégénérés ou infiltrés, de dépasser même les limites du mal : si les parois osseuses paraissent envahies, on fera l'abrasion des points douteux à la curette ou à la gouge. Une opération incomplète peut donner pendant des semaines ou des mois un résultat satisfaisant en apparence, mais en réalité le choc opératoire n'aura fait qu'éveiller dans les parcelles oubliées du néoplasme la tendance à la transformation maligne.

4° Le pansement doit être modérément serré, une compression excessive favorisant les adhérences qui priveraient l'œil d'une partie de ses mouvements.

TROISIÈME PARTIE.

Etude anatomo pathologique.

M. de Larabrie, professeur-suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, a bien voulu nous livrer la note suivante qu'il avait écrite au sujet de la tumeur primitive de l'observation I (année 1892, n° 69 de la collection).

« Cette tumeur se présente sous l'aspect de fragments dont quelques-uns sont encore recouverts par des lambeaux d'une membrane d'enveloppe.

L'examen à l'œil nu permet de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur solide; aucune cavité kystique. La coloration du tissu est grisâtre, un peu translucide par places. La consistance est un peu molle.

L'examen microscopique à l'aide d'un faible grossissement (obj. 2 Verick) montre qu'il existe dans ce néoplasme des parties de structure distincte et diversement colorées par le picro-carmin.

Deux éléments y prédominent: des groupes épithéliaux et une trame d'aspect variable. Ça et là existent quelques lacunes siégeant soit au sein des amas cellulaires soit surtout sur la trame où elles peuvent affecter des formes très allongées.

En soumettant les coupes à un plus fort grossisse-

ment (objectif 6) on voit que la trame est constituée par du tissu conjonctif affectant des aspects différents suivant les points. Quelquefois il s'agit d'un tissu assez ancien formant des cloisons qui circonscrivent des amas épithéliaux généralement réguliers. Toutefois ce tissu ne se colore que faiblement, ce qui le différencie du tissu fibreux adulte. Mais l'aspect que l'on rencontre surtout est la dégénérescence muqueuse de la trame qui présente presque partout un aspect translucide, parfois même un peu grisâtre.

Dans certains points, cette dégénérescence tend à former d'assez grands espaces qui s'infiltrant et envoient des prolongements au milieu des amas épithéliaux qui subissent de ce fait une dissociation plus ou moins avancée. On rencontre ici une disposition analogue à celle qu'on voit sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires (Perochaud) et des glandules buccales (de Larabrie).

L'élément épithélial, qui se présente sur les coupes sous forme de groupes, offre, comme la trame, des aspects variés. Cependant ces amas affectent dans leur disposition un type général, celui de l'épithéliome tubulé; mais on y rencontre aussi des groupes de forme irrégulière et comme déchiquetée, due à la dissociation que leur fait subir le travail envahissant de la trame conjonctive. C'est ainsi qu'on rencontre même de nombreuses cellules éparses au milieu de cette trame, les unes gonflées et arrondies, d'autres amincies, diminuées, étouffées par l'envahissement conjonctif.

Cette lutte entre les deux éléments fondamentaux du néoplasme est, on le sait, la caractéristique de ces tu-

meurs mixtes. La tendance à la prédominance du tissu conjonctif comporte un pronostic relativement bénin pendant un certain nombre d'années, au bout desquelles l'élément épithélial peut subitement proliférer et imprimer alors à la tumeur une marche maligne et conséquemment un pronostic grave.

Les amas cellulaires sont eux-mêmes envahis dans leur centre par la dégénérescence muqueuse, certains groupes ne forment plus que des anneaux plus ou moins complets de cellules circonscrivant des lacunes, des corps oviformes qui ne sont autre chose qu'une transformation muqueuse de la cellule épithéliale.

En résumé, cette tumeur mixte doit être considérée comme un épithéliome tubulé à trame variable, répondant au point de vue du groupement cellulaire à la tumeur décrite en Allemagne sous le nom de cylindrome. »

— Nous avons examiné sous la direction de M. le professeur Malherbe la tumeur récidivée (1^{re} récidive) de l'observation I (1893, 3) et celle de l'observation II (1892, 211).

Les trois tumeurs appartiennent au même type histologique et, mis à part quelques détails sans intérêt, la relation qui précède pourrait leur être commune.

Nous allons développer cette étude et en éclairer les points les plus curieux, confondant l'histoire anatomo-pathologique de nos trois néoplasmes dans une description unique.

Morphologie générale. Deux éléments se partagent à peu près également la masse de la tumeur ; du tissu

épithélial, qui en est la partie principale, et la *trame* ou charpente.

La disposition générale des masses épithéliales varie suivant les points que l'on examine : sur quelques-uns on retrouve l'aspect normal du tissu glandulaire et même quelques acini tout-à-fait sains ; dans d'autres coupes les masses épithéliales rappellent nettement la forme de l'épithéliome tubulé vulgaire, d'autres fois les éléments épithéliaux restent diffus ; par places les amas qu'ils forment sont aplatis, atrophies comme dans le carcinome fibreux, enfin dans les points les plus intéressants nous voyons les îlots épithéliaux creusés d'un certain nombre de lacunes ou semés d'espaces clairs, et les premières peuvent être assez abondantes pour que la coupe revête par endroits l'apparence d'un tissu alvéolaire dont la trame serait formée par des cordons épithéliaux. L'aspect de la trame n'est pas moins variable dans sa disposition et dans sa structure : tantôt la charpente a conservé la configuration générale du tissu de soutien normal, tantôt elle paraît jetée irrégulièrement au milieu du tissu épithélial qu'elle pénètre en tous sens ; ici elle affecte une structure fibrillaire, là elle montre les caractères du tissu fibreux, le plus souvent elle est transformée en tissu d'aspect muqueux. Examinons successivement en détail le tissu épithélial puis la trame de la tumeur.

A. — TISSU ÉPITHÉLIAL. — Les cellules épithéliales, à noyau vivement coloré, petites, polygonales, avec protoplasma finement granuleux, d'une forme assez constante, sont très déviées de leur type normal. En

quelques points tassées et déformées suivant les hasards de la compression qu'elles ont subie, elles sont souvent aussi lâchement unies entre elles, tendent à se désunir et à se laisser dissocier par le tissu muqueux.

Ces cellules sont groupées de différentes façons : la division en îlots plus ou moins arrondis et compacts n'est que la trace de la division lobulaire normale, laissant reconnaître la coupe des acini du tissu physiologique, mais d'autres fois les cellules épithéliales sont rassemblées en masses irrégulières, diffuses, déchiquetées, tourmentées par le caprice de l'envahissement de la charpente.

Corps oviformes. — Les espaces libres au sein des masses épithéliales ont l'aspect d'amas granuleux et brunâtres ou bien de lacunes blanc grisâtre arrondies ou ovoïdes et d'aspect muqueux. Les premiers, en petit nombre, paraissent être le produit plus ou moins altéré de la transformation ou de la sécrétion d'élé-

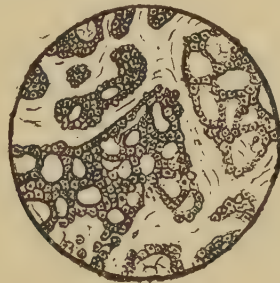


Fig. 1

ments glandulaires ; les autres, si nombreux par places que certaines préparations en sont pour ainsi dire découpées à jour et que les cellules épithéliales dessinant une sorte de réseau semblent devenir à leur tour le squelette du tissu (fig. 1.), constituent ce que Robin a

décrit sous le nom de corps oviformes, et donnent véritablement au groupement épithélial une physionomie toute spéciale.

De dimensions variables, à peu près également réparties au centre et à la périphérie des amas épithéliaux, ces lacunes se réunissent quelquefois pour former des vides qui prennent l'importance de petits kystes à contenu hyalin. D'autres espaces clairs montrent à leur niveau une couche de cellules moins colorées, granuleuses, sur un plan plus profond que les éléments du pourtour de l'espace; nous verrons plus loin le mécanisme de leur formation.

Pour M. Bard (1) cette substance hyaline « résulte des propriétés spéciales des sécrétions des cellules constituant de la tumeur; elle se crée, par distension des espaces libres où elle se collecte », phénomène identique à l'accumulation de substance mucilagineuse qui caractérise le type thyroïdien.

Sans rejeter ce mode de formation de la matière myxomateuse qui envahit les nappes épithéliales, sans nier que dans certaines observations (2) on puisse assister aux phases de la destruction des cellules par dégénérescence colloïde avec fonte de l'exoplasme donnant des îlots incolores, nous croyons retrouver dans bon nombre des corps oviformes de nos tumeurs les

(1) Précis d'anatomie pathologique, 1890.

(2) Épithéliome colloïde intra-acineux, par D. Mollière et A. Chandelux. Mémoires et comptes rendus de la Société des sc. méd. de Lyon, 1880.

caractères du processus que Malassez a fait connaître dans son étude sur le cylindrome (1).

Dans la figure 2, on voit la trame pousser, dans l'intérieur des lobules épithéliaux, des prolongements en

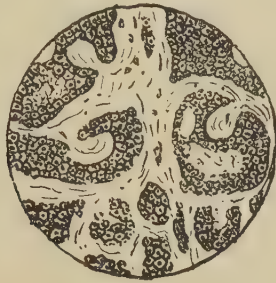


Fig. 2

forme de massue ou de champignon, refoulant les cellules, s'installant à leur place. Supposons que la coupe ait divisé perpendiculairement à son axe le pédicule d'une des massues de notre pièce par exemple, nous aurons l'aspect d'un corps oviforme, et une section quelque peu oblique donnerait bien l'illusion de l'œuf de parasite que les premiers observateurs croyaient voir dans le tissu pathologique.

Nous estimons donc que les deux processus, bourgeonnement avec régression muqueuse du stroma et sécrétion ou dégénérescence cellulaire, se développent parallèlement dans la néoformation, et ne serait-il pas admissible que les débris épithéliaux qui bordent ou envahissent certaines lacunes fussent des cadavres de cellules altérées par la poussée du bourgeon trabéculaire se faisant place dans l'intimité du tissu ?

(1) Archives de Physiologie, 1883.

Pour les vacuoles dont le fond est tapissé d'éléments cellulaires, on se rendra un compte facile de leur apparition en supposant que les deux plans de section passent l'un au milieu du renflement d'une massue, en plein tissu muqueux, l'autre au-dessous de ce même renflement, en respectant la couche épithéliale qui limite le fond du godet ainsi formé.

Ajoutons que sur certains points les masses épithéliales, au lieu de montrer des lacunes ovoïdes ou arrondies percées comme à l'emporte-pièce, sont parcourues par des sortes de gouttières muqueuses plus ou moins longues et régulières, dont on saisit fréquemment l'origine sur le stroma.

L'étude de ce dernier achèvera de nous bien montrer la signification du corps oviforme (lacune) et de l'espace clair à fond tapissé de cellules (cupule) ainsi entendus.

B. — TRAME. — La trame des tumeurs qui nous occupent a, pensons-nous, une importance presque égale à celle de l'élément épithélial, et mérite de nous arrêter longuement.

L'examen à un faible grossissement nous montre le tissu conjonctif s'ordonnant à la façon générale d'un système de soutien qui circonscrit des lobules irréguliers par des cloisons d'épaisseur variable d'où partent des travées plus minces qui découpent le tissu en îlots secondaires, aux contours les plus changeants.

Quant à la structure, la trame tantôt fibrillaire, tantôt fibreuse, se dispose même en lamelles assez épaisses, et la distinction des faisceaux n'est pas tou-

jours possible en raison sans doute de la condensation des éléments.

La trame est semée d'éléments figurés divers : cellules fixes du tissu conjonctif, cellules fusiformes, cellules d'aspect assez embryonnaire qui sont peut-être le résultat d'une irritation secondaire ; on y retrouve aussi un peu partout des cellules épithéliales déformées isolées ou en trainées minces, qui proviennent de la désagrégation des îlots épithéliaux.

Un point intéressant est l'entrecroisement par places de faisceaux fibreux fortement colorés par le carmin, qui forment un lacis dense et serré, véritable tissu de cicatrice (fig. 3.)

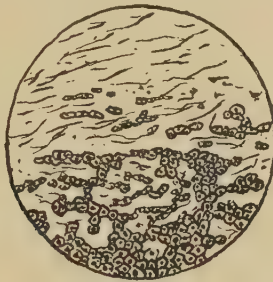


Fig. 3

Sur de nombreuses places le stroma gonflé, grisâtre, « de mauvaise qualité » pour ainsi dire, se colorant mal, est en voie de transformation ; quelquefois il revêt une apparence granuleuse qui constitue probablement un premier stade de la régression myxomateuse.

Quoi qu'il en soit, on distingue ça et là sur la trame des masses hyalines, réfringentes, en boules ou en cylindres, amorphes ou finement et irrégulièrement réticulées, qui sont manifestement le résultat d'une altération du tissu de charpente. Ce sont ces points envahis

par la transformation muqueuse qui s'avancent en bourgeonnant dans la masse épithéliale, et il est vraisemblable que dans l'épaisseur de la tumeur les coulées qu'ils forment se ramifient suivant des plans divers, figurant dans leur ensemble un système complexe s'insinuant à travers la substance épithéliale, criblant celle-ci en tous sens, et expliquant clairement alors l'aspect sur la coupe des lacs muqueux au milieu des îlots épithéliaux, tout en faisant naître à l'esprit l'idée d'une tumeur double, épithéliale et conjonctive, dont les éléments se pénètrent réciproquement et se développent côte à côte en se disputant la place.

Indépendamment de la tendance à la transformation muqueuse accusée par la perte de réaction à la matière colorante, et outre l'altération qui se traduit par l'aspect hyalin, réfringent des faisceaux dégénérés, notons la présence — très rare — de grains et de fibres élastiques. Nous avons cru retrouver sur un point l'ébauche des gânes élastiques enveloppant les masses épithéliales que nous avons vues dans une coupe de glande sous-maxillaire. (V. observation XIV de la thèse de M. Pérochaud.)

Ajoutons qu'aux confins des régions dégénérées et des acini encore intacts la trame a conservé ses caractères habituels, tandis que les cellules épithéliales commencent à se tasser dans les culs-de-sac, à se déformer ; plus loin les amas qu'elles forment prennent les aspects les plus bizarres, perdent leurs limites naturelles et se remplissent de corps oviformes. Grâce à ces caractères, l'origine épithéliale du mouvement néoplasique ne fait l'objet d'aucun doute.

Les vaisseaux nous ont paru ne présenter que les lésions rencontrées d'ordinaire dans les tumeurs.

— Dans les observations qui précèdent il s'agit en résumé de la variété néoplasique à laquelle Billroth a donné le nom de *cylindromes*, dénomination malheureuse parce qu'elle s'applique à des tumeurs de nature différente et n'indique qu'une particularité du néoplasme, la présence de productions hyalines spéciales, résultat d'une dégénérescence du stroma, d'une dégénération muqueuse périvasculaire, d'une transformation de l'adventice vasculaire hyperplasiée, d'une transformation colloïde ou d'une sécrétion spéciale liées aux propriétés biologiques des éléments, dénomination à rejeter parce qu'elle est en désaccord avec la règle habituelle de la terminologie anatomo-pathologique.

La diversité même des appellations attribuées aux tumeurs dites cylindromes : chondrome muqueux prolifère, myxo-sarcome : angiome muqueux prolifère, angio-sarcome plexiforme, sarcome carcinomateux ; etc., indique assez qu'il s'agit de tumeurs non semblables à elles-mêmes, et dans lesquelles se trouvent généralement associés plusieurs éléments.

QUATRIÈME PARTIE.

Parallèle entre les tumeurs des glandes lacrymales et celles des glandes salivaires.

L'anatomie et la physiologie des glandes lacrymales et des glandes salivaires ont de nombreux points communs.

L'embryologie nous montre ces glandes naissant les unes et les autres d'un bourgeon plein et cylindrique de l'épithélium profond d'une muqueuse, cette analogie se retrouve dans la structure des organes adultes. Rappelons brièvement les caractères histologiques de la glande lacrymale :

« La glande lacrymale appartient à la classe des glandes en grappe. Elle présente la plus grande analogie avec les glandes salivaires et tout particulièrement avec la parotide. Comme cette dernière, elle se décompose en lobes, les lobes en lobules, et ceux-ci en acini. Les acini sont constitués par une membrane propre, tapissée sur sa face interne par une couche épithéliale...

La couche épithéliale qui revêt la membrane propre est constituée par une seule rangée de cellules cubiques, qui sont tassées les unes contre les autres et

nous présentent deux extrémités : une extrémité externe, plus large, répondant à la membrane propre, une extrémité interne ou centrale, plus petite, répondant à la lumière de l'acinus. Ces cellules possèdent un noyau sphérique, baignant dans un protoplasma légèrement granuleux et occupant de préférence le voisinage de la base. Enfin on rencontre parfois à la périphérie de l'acinus, entre l'épithélium et la membrane propre, des éléments en forme de croissants ou lunules, analogues à ceux que l'on observe dans les glandes salivaires ». (1)

— Il semble a priori que des organes liés par de telles affinités doivent subir les mêmes déviations pathologiques, et, formés de semblables éléments anatomiques, souffrir aussi de semblables dégénérescences.

Nous essaierons dans ce chapitre de rapprocher l'anatomie pathologique des tumeurs de la glande lacrymale des points acquis dans l'histoire des tumeurs des glandes salivaires, et nous chercherons à marquer, pour les premières, une place à côté de la variété décrite par M. le professeur Malherbe (2), variété dont l'étude a été successivement développée par MM. Pérochaud, de Larabrie, Voyer, à l'Ecole de Nantes.

M. Pérochaud (3) établit qu'à côté d'un très petit nombre de tumeurs purement épithéliales ou purement

(1) Testut. Traité d'anatomie humaine, t. III.

(2) Bulletins de la Société anat. de Nantes, et Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées in Archives de physiologie, 1881.

(3) Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris, 1885.

connectives qui peuvent évoluer aux dépens des glandes salivaires la grande majorité des néoplasmes qui envahissent ces organes sont des tumeurs mixtes, dont le début se fait dans l'épithélium glandulaire, et chez lesquelles l'élément épithélial et l'élément connectif ont tous deux un rôle important. La trame (fibreuse, muqueuse, cartilagineuse, élastique ou même osseuse) de ces néoplasmes entoure et étouffe plus ou moins complètement l'élément épithéliomateux ou adénomateux, peut se substituer entièrement à lui, et la tumeur, mixte au début, n'est plus que de nature conjonctive, en tout cas le néoplasme s'accroît lentement, se comporte comme une tumeur bénigne; d'autres fois les masses épithéliales prolifèrent avec activité et impriment à la tumeur les caractères d'une production maligne.

M. de Larabrie (1) et M. Voyer (2) font l'étude des glandules de la muqueuse buccale et montrent une analogie parfaite entre les néoplasmes de ces organes et ceux des grosses glandes salivaires; on a rencontré aussi dans la mamelle et dans la peau des tumeurs offrant un intéressant polymorphisme et dans la trame et dans l'épithélium.

M. Malherbe a donné le nom d'épithéliomes polymorphes à ces néoplasmes caractérisés par une prolifération épithéliale au milieu d'une trame variable.

(1) Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes de la muq. buccale. (Archives générales de médecine, 1890.)

(2) Recherches sur les tumeurs des glandules salivaires de la muqueuse buccale. Th. Paris, 1889.

Par leur mode de développement et leur structure, ces tumeurs rentrent dans le genre épithéliome : bien que la trame soit constituée par toutes les variétés du tissu conjonctif, muqueux, élastique, cartilagineux, osseux, la nature essentielle de la tumeur n'en reste pas moins épithéliale ; cette curieuse substitution des tissus de la charpente n'est en quelque sorte qu'un accident de l'évolution, une suite d'étapes de la vie de la tumeur, malgré l'importance que le stroma pourra acquérir dans la marche ultérieure de la lésion.

Cette facile succession des diverses formes du tissu conjonctif dans la trame des tumeurs, M. Malherbe l'a posée en principe dans ses « Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées » (1) : « La facilité de transformation du tissu conjonctif en tissu osseux, et en général de tous les tissus de substance conjonctive les uns dans les autres fait que si la trame d'une tumeur vient à changer la nature de la tumeur ne change pas pour cela. Ce sont les cellules qui font la nature de la tumeur ».

La caractéristique de ces épithéliomes polymorphes, outre la multiplicité des tissus qui concourent à former la trame et le polymorphisme fréquent des cellules épithéliales, réside dans la lutte qui s'engage entre le stroma et l'élément épithélial. La trame conjonctive attaque de deux façons les masses épithéliales : par une sclérose progressive et par la pénétra-

(1) Voir aussi : Chenantais. De l'épith. calcifié des glandes sébacées. Thèse de Paris, 1881.

tion muqueuse. Le premier processus consiste dans la prolifération du tissu fibreux à la périphérie des îlots cellulaires : des faisceaux très denses détachent des bandelettes de cellules, s'entrecroisent en tous sens, et, resserrant peu à peu le champ laissé libre aux éléments épithéliaux, n'abandonnent entre eux que des espaces irréguliers et étroits, emprisonnant les éléments cellulaires ; ainsi se forment des points de cicatrice cancéreuse (renforcés quelquefois de fibres élastiques qui ne contribuent pas peu à donner au tissu sa consistance et son aspect spéciaux), tels qu'on en trouve sur certaines tumeurs du sein des vieilles femmes, processus spontané sinon de guérison, au moins de limitation du mal.

Le deuxième mode d'attaque entre les deux tissus constituant le néoplasme se rattache à la destruction de l'épithélium par l'envahissement muqueux. Le stroma pénètre dans les masses cellulaires, les divise, les réduit à l'état de petits cordons, puis dissocie les éléments de façon à leur faire perdre tout caractère épithélial, au moins au point de vue morphologique.

Les îlots, attaqués dans tous les sens, se morcellent, cédant un à un leurs éléments qui, noyés dans la gangue enveloppante, sont condamnés à une mort prochaine et vont former, épaves inoffensives, des amas bientôt dégénérés. Telle est l'origine des nombreuses cellules qui, dans nos coupes, se détachent avec une coloration rose, encombrées de granulations, sur le fond plus pâle du tissu connectif, et dont le noyau, en qui se concentre toute la vie de l'élément, reste à la longue l'unique et dernier vestige.

Ce deuxième processus, très commun dans les tumeurs des glandes salivaires, rencontré aussi dans certains épithéliomes polymorphes de la peau, aboutit par un autre chemin mais tout aussi sûrement à la dissociation et à la ruine de l'élément épithélial.

D'autres fois, au contraire, douées d'une activité plus grande, d'une cohésion plus intime, les cellules épithéliales se multipliant sans cesse versent dans les mailles conjonctives des cellules qui vont créer plus loin de nouvelles colonies, de nouveaux foyers de pululation morbide.

Ainsi s'engage entre les deux tissus, épithélial et conjonctif, des épithéliomes polymorphes, une lutte incessante ; c'est de l'issue de cette lutte que dépend la marche de la tumeur, conséquemment son pronostic.

Dans une première phase, la substance conjonctive étouffe ou désagrège l'élément épithélial, devient prépondérante, et le néoplasme, dont la malignité est d'autant moindre que le tissu conjonctif occupe une plus grande place, prend une marche et des caractères bénins ; une deuxième période, qui peut se faire attendre des années mais qui peut aussi éclater brusquement, est marquée par un retour offensif de la prolifération de l'épithélium, la néoformation suit l'allure du cancer le plus malin.

Suivant donc que la sclérose aura organisé activement la défense autour des groupes infectants et les aura étouffés sur place ou, aidée par la transformation muqueuse, les aura pénétrés et désunis ; ou bien suivant que la masse cellulaire animée d'une puissance de prolifération considérable aura rompu son enceinte

fibreuse, le néoplasme se comportera de façons bien différentes, et telle tumeur dans laquelle l'élément conjonctif aura pris le dessus jusqu'alors pourra se transformer, suivant les hasards de la lutte, souvent en raison « d'un coup de fouet » excitant l'activité hétéroplastique, en une néoplasie redoutable, circonstance dont la portée clinique ne doit pas nous échapper.

Tel est l'intéressant rapport qui lie étroitement l'un à l'autre le tissu épithélial et la trame. Celle-ci prend donc dans l'évolution de la tumeur mixte, qui résume ainsi en elle une double modalité pathologique, un rôle capital, bien différent du rôle secondaire d'organe passif de soutien qu'elle joue dans une tumeur épithéliale vulgaire comme le carcinome du sein, de l'utérus, l'épithéliome vulgaire de la peau.

— Nous voudrions établir notre parallèle sur toute une série de tumeurs mixtes des glandes lacrymales placées vis-à-vis des tumeurs mixtes dont la parotide est le lieu d'élection.

Pour les deux cas que nous rapportons on rencontre à un moindre degré, au moins à la période de leur existence où nous les avons étudiés, le processus de destruction de l'épithélium dans l'étouffement par les faisceaux fibreux ou la dilacération par le tissu muqueux, et l'on ne saurait dire à leur examen dans quel sens leur marche aurait pu être modifiée, cependant quelques-unes de nos préparations ressemblent à s'y méprendre à certaines coupes de tumeurs de la parotide. (V. Obs. VI de la thèse de M. Pérochaud.)

Les néoplasmes offrant les caractères des tumeurs mixtes et dans lesquels se retrouve la solidarité des

deux éléments ont été décrits dans les glandes lacrymales sous différents noms, et si l'on en rassemble les observations éparses on les trouve relativement nombreuses.

Malassez prend pour type de son étude du cylindrome une tumeur de la glande sublinguale et une tumeur de la voûte palatine, mais rappelle plusieurs néoplasmes identiques de l'orbite ; chez ceux-ci la glande lacrymale avait vraisemblablement pris une part prépondérante à la néoformation. Nous ne retiendrons que la tumeur orbitaire de l'observation de W. Busch (1), classée par Polaillon dans les enchondromes, et qui était constituée d'après Malassez : « 1° Par un stroma conjonctif fibreux avec ou sans transformations hyalines ; 2° par des amas cellulaires de formes variées : cylindres plus ou moins ramifiés et anastomosés, masses alvéolaires au milieu desquelles se voient souvent des travées conjonctives qui, parties des parois, se ramifient et se subdivisent à l'intérieur de ces masses ; 3° et c'est là ce qui la caractérise tout spécialement, on trouve à l'intérieur de ces masses cellulaires des productions transparentes également de formes variées : cylindres, réseaux, massues, boules, qui tantôt sont complètement hyalines ou très finement granuleuses, tantôt fibrillaires et contiennent des cellules rondes, des cellules étoilées et parfois des vaisseaux ».

Cette tumeur finit par envahir le maxillaire supérieur, l'ethmoïde, le frontal, et emporta le malade.

(1) Chirurg. Beobachtungen. Berlin, 1854.

Eribi Aievoli (1) rapporte le cas d'une tumeur de la glande lacrymale accessoire dont l'examen histologique montra tous les caractères du cylindrome « avec ses travées conjonctives, son fin réseau fibrillaire et surtout la transformation colloïde ».

A. Mazza (2) étudie une tumeur de la glande lacrymale qu'il qualifie d'épithéliome mycoïde avec dégénérescence hyaline : la néoformation « s'est développée dans un stroma de tissu connectif dans lequel il y a prépondérance d'une substance intercellulaire homogène ou légèrement granulaire, traversée par de très fines bandelettes de fibrilles connectives ; ce stroma est aussi pourvu de cellules étoilées, fusiformes, entremêlées à une grande quantité de cellules rondes, de sorte que dans certains points la tumeur prend un aspect évidemment mycoïde. Ce stroma dans sa plus grande partie est très mince et forme tout simplement un léger contour à la néoplasie épithéliale ; mais dans quelques parties il se trouve suffisamment développé de manière à former des masses dans lesquelles la substance épithéliale est très restreinte ou défectueuse ; c'est l'endroit où le stroma acquiert l'aspect mycoïde, tandis que dans les portions où il est peu développé il a tous les caractères du tissu connectif ordinaire. Il faut observer que, soit à cause de la dégénération hyaline, qui attaque les cellules qui forment les masses

(1) Riv. internaz. An. iv, 1887. (Voir Rev. des sc. méd ; 1888, t. 32.)

(2) Communication faite au VII^e Congrès internat. d'opht. Heidelberg, 1888. Voyez Revue d'ophtalmologie, 1888.

épithéliales de néoformation, soit à cause de la compression et des tiraillements que celles-ci subissent par la végétation quelquefois abondante du tissu connectif mycoïde, l'aspect n'est pas uniforme et varie dans les différentes portions de la tumeur ». Mazza décrit encore des globes épithéliaux rappelant ceux des cancroïdes communs, formés par des cellules ayant subi une dégénération cornée. Il suppose « que le néoplasme à son début fut un myxome né dans les grappes de la glande lacrymale, et c'est ensuite au milieu de ce tissu que s'est développée la néoformation épithéliale ». Enfin l'auteur rapproche de son cas les observations de Knapp (1) et d'Otto Becker (2); c'est dans l'étude des récidives du cas de Becker d'ailleurs que Sattler a puisé les éléments de son étude du cylindrome.

— Sautereau (Thèse, observation XXI) range dans les myxomes une tumeur de la glande lacrymale dont l'examen microscopique a fourni le résultat suivant : « Cette tumeur d'aspect gélatineux donne par le râclage les éléments du tissu lamineux embryonnaire à divers degrés de développement (noyaux, corps fusiformes, corps étoilés). Sur les coupes, on distingue au milieu d'une substance amorphe abondante quelques faisceaux de tissu lamineux, et surtout des corps étoilés anastomosés. La tumeur est parcourue par de nombreux vaisseaux. Dans quelques points on voit des corps fusiformes renfermant des granulations gris-

(1) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1865.

(2) V. Annales d'oculistique, t. LVII, 1867.

seuses, mais la plupart des éléments sont très transparents, tellement transparents qu'on ne peut les étudier qu'en les colorant ou en coagulant la substance protéique qu'ils contiennent ». Dans la portion périphérique on trouva en outre des culs-de-sac glandulaires plus ou moins altérés, au milieu des autres éléments propres de la glande lacrymale, ce qui laisse penser que si la plus grande partie de la tumeur était constituée par une néoplasie myxomateuse pure d'autres points revêtaient l'apparence d'une tumeur mixte, myxo-adénome ou myxo-épithéliome.

White (1) donne l'observation d'une tumeur de la glande lacrymale dans laquelle se trouvaient, au milieu des cellules du myxome, des points d'adénome et de sarcome; par places les alvéoles étaient remplies d'une masse hyaline.

Nous savons combien les recherches contemporaines ont amoindri le domaine de l'hypertrophie et de l'adénome; il est vraisemblable que beaucoup des tumeurs désignées autrefois sous ces noms sont des tumeurs épithéliales (Polaillon classe dans les adénomes des tumeurs qui ont récidivé et se sont propagées aux tissus voisins), et que les fibro-adénomes, les adénochondromes des anciennes observations sont des épithéliomes dans lesquels le stroma avait joué un rôle plus ou moins considérable dans l'évolution néoplasique, et s'était élevé jusqu'au tissu fibreux et au cartilage.

Il est permis de penser que dans la trame de ces

(1) Archives of ophtalmology. New-York, 1882.

épithéliomes peut se retrouver à des degrés divers la métamorphose conjonctive aux différents stades de la transformation ascendante et descendante pour ainsi dire, suivant la loi de l'équivalence anatomo-pathologique des tissus de la série conjonctive.

Nous ne cherchons pas à donner une statistique complète des tumeurs mixtes des glandes lacrymales, il est clair d'ailleurs que l'étude rétrospective ainsi faite manquerait souvent de la rigueur qu'il conviendrait d'apporter à ce travail ; nous avons voulu simplement jeter une sorte de cadre pour de nouvelles constatations et désigner, à côté des tumeurs épithéliales pures ou connectives pures qui peuvent se développer dans les glandes lacrymales, la place du groupe intéressant des tumeurs mixtes.

— Nous aurions encore à montrer les glandes lacrymales et salivaires subissant les mêmes réactions sous de mêmes influences pathologiques, en envisageant l'évolution simultanée dans ces organes de lésions ou de troubles inflammatoires identiques ; nous ne ferons que mentionner les principales observations :

Haltenhoff (1) a rencontré chez une enfant de douze ans scrofuleuse une hyperplasie lymphatique des glandes lacrymales et salivaires « constituée essentiellement sinon exclusivement par l'accumulation de leucocytes dans les tissus connectifs lâches et spongieux qui en forment la gangue » ; l'auteur explique l'apparition de cette manifestation du lymphatisme par le rôle important que jouent dans les processus nutritifs le riche ré-

(1) Société médicale de Genève. V. Ann. d'oculistique, 1889.

seau lymphatique interacineux de ces glandes, donnant à celles-ci quelque chose de la structure des ganglions.

— De Wecker et Masselon (1) ont présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris un malade de vingt-six ans chez lequel s'étaient manifestées simultanément dans les glandes lacrymales palpébrales et les parotides des tumeurs (?) symétriques, dures, bosselées, indolores; les tumeurs palpébrales furent enlevées et auraient été reconnues au microscope comme une production épithéliale des glandes lacrymales.

L'état de santé du malade, l'amélioration qui s'est produite même du côté des parotides sont en désaccord avec les conclusions de l'examen histologique.

On peut placer à côté de ce cas celui de Fuchs (2) concernant un malade de 61 ans, chez lequel une affection simultanée des glandes lacrymales et des parotides s'était développée lentement sans phénomènes inflammatoires. L'examen microscopique d'un fragment d'une des glandes palpébrales ne révéla qu'une infiltration du tissu sous-muqueux par de petits lymphomes, et l'on ne put savoir si la glande avait participé au processus.

L'observation de Zirm (3) ne diffère de la précédente que par la tuméfaction simultanée de nombreux ganglions lymphatiques; l'examen microscopique d'une portion de l'une des glandes lacrymales démontra que

(1) Annales d'oculistique, 1891.

(2) Beiträge zur Augenheilk., III, 1891.

(3) Beiträge zur Aug., IV, 1892.

le tissu interstitiel était le siège de petites tumeurs quelquefois à l'état d'altération régressive.

Cet ensemble de phénomènes est bien propre à compléter notre rapprochement et à le justifier en affirmant l'affinité pathologique entre organes qui ne sont, pour ainsi dire, que des modalités d'un même tissu spécialisé dans des sens différents.

CONCLUSIONS.

I. — Il est très probable que des tumeurs se développent *primitivement* dans la glande lacrymale, et se propagent consécutivement aux tissus voisins.

II. — Il importe de pratiquer, *aussitôt que possible* une *large* ablation de ces néoplasmes, qui peuvent subir une évolution maligne, qui occasionnent en tous cas, par leur accroissement sur place, des désordres graves. L'intervention précoce simplifie d'ailleurs le manuel opératoire.

III. — Il existe de nombreux points communs dans l'histoire anatomo-pathologique des glandes lacrymales et dans celle des glandes salivaires; les tumeurs des glandes lacrymales paraissent appartenir le plus souvent au type *tumeur mixte* étudié dans les glandes salivaires.

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A. GAYET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 21 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

